

インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

令和 年 月 日

鏡石町長 様

下記のとおり助成金を請求します。

ふりがな				電話番号		
氏名		(印)		( )		
住所		〒				
被接種者氏名	生年月日	続柄	実施年月日	請求金額 該当するところに○をつける		
	S・H・R 年 月 日		R 年 月 日	1 1歳以上12歳 1,000円		
				2 13歳以上18歳 1,000円 (18歳以下高校生相当)		
				3 妊婦 3,000円		
	S・H・R 年 月 日		R 年 月 日	1 1歳以上12歳 1,000円		
				2 13歳以上18歳 1,000円 (18歳以下高校生相当)		
				3 妊婦 3,000円		
	S・H・R 年 月 日		R 年 月 日	1 1歳以上12歳 1,000円		
				2 13歳以上18歳 1,000円 (18歳以下高校生相当)		
				3 妊婦 3,000円		
	S・H・R 年 月 日		R 年 月 日	1 1歳以上12歳 1,000円		
				2 13歳以上18歳 1,000円 (18歳以下高校生相当)		
				3 妊婦 3,000円		
請求金額合計				円		
指定振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合				本店・支店
	口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義					

【添付書類】	チェック欄
(1) 医療機関が発行する予防接種を受けたことを証する書類 (母子手帳)	
(2) 予防接種料の領収書及び明細書	
(3) 振込先口座のわかる通帳の写し	
(4) 請求者と口座名義人は同一であること。	

※入金 は 請求書提出の翌月末頃、ご指定の口座に振込みます。振込通知書は送付しませんので、通帳でご確認ください。

※決定金額 (町記入)
円